

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

N°

80

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Francis, Jules PAILLARD

Né le 23 Août 1933, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1962

**A propos
de six Observations d'Ulcération
de l'Artère gastro-duodénale**

Président : M. Jacques HUGUIER, Professeur

IMPRIMERIE J. PEYRONNET & C^{ie}

8, Rue de Furstenberg, PARIS-6^e

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Francis, Jules PAILLARD

Né le 23 Août 1933, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1962

A propos de six Observations d'Ulcération de l'Artère gastro-duodénale

Président : M. Jacques HUGUIER, Professeur

IMPRIMERIE J. PEYRONNET & Cie
8, Rue de Furstenberg, PARIS-6^e

1962



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRÉ (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.)

DOYEN **Léon BINET**

Membre de l'Institut

ASSESSEUR **Jean VERNE**

I. — PROFESSEURS

Anatomie		MM.	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique			DELARUE (J.)
Anesthésiologie			BAUMANN (J.)
Biochimie médicale			JAYLE (M. F.)
Biochimie médicale (Professeur à titre personnel)			ETTORI (J.)
Biochimie médicale (Professeur à titre personnel)			SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports			CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale			FAUVERT (R.)
Biologie médicale (Professeur à titre personnel)			BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale			BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)			REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)			MOUQUIN (M.)
			SICARD (A.)
			N.
			PATEL (J.)
			CORDIER (G.)
			GOSSET (J.)
			MOULONGUET (P.)
			LORTAT-JACOB (J. L.)
Cliniques chirurgicales	} Beaujon Cochin Hôtel-Dieu Pitié Saint-Antoine Salpêtrière Tenon		
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)			FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) ..			MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)			GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)			MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)			DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants Malades)			LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)			FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..			DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)			CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)			MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)			DE'AY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)			HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)			MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)			N.
			LENÈGRE (J.)
			SOULIÉ (P.)
			JUSTIN-BESANÇON (L.)
			BROUET (G.)
			BARIÉTY (M.)
			DREYFUS (G.)
			KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales	} Boucicaud Broussais Cochin Cochin Hôtel-Dieu Pitié Saint-Antoine		
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)			DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)			GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)			DEROT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)
Clinique neurologique (Salpêtrière)
Cliniques obstétricales
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
Clinique stomatologique (Pitié)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)
Clinique urologique (Cochin)
Embryologie
Embryologie (Professeur à titre personnel)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)
Histologie
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)
Hygiène et médecine préventive
Hygiène et médecine préventive (Professeur à titre personnel)
Médecine du Travail
Médecine légale
Microbiologie (Bactériologie et virologie)
Parasitologie
Parasitologie (Professeur à titre personnel)
Pathologie chirurgicale
Pathologie chirurgicale (Professeur à titre personnel)
Pathologie exotique
Pathologie expérimentale et comparée
Pathologie médicale
Pathologie respiratoire
Pathologie et thérapeutique générales
Pharmacologie
Pharmacologie (Professeur à titre personnel)
Physiologie
Physiologie (Professeur à titre personnel)
Physiologie (Professeur à titre personnel)
Physiologie et pathologie obstétricale
Physique médicale
Physique médicale (Professeur à titre personnel)
Radiologie médicale
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale
Thérapeutique

MM.
DAVID (M.)
GARCIN (R.)
LACOMME (M.)
MURGER (R.)
VARANGOT (J.)
RENARD (G.)
AUBRY (M.)
LELONG (M.)
MARIE (J.)
BERNARD (E.)
MICEAUX (L.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
N.
LEMAIRE (A.)
N.
GIROUD (A.)
TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
SÈZE (S. de)
VERNE (J.)
TURPIN (R.)
JOANNON (P.)
DEPARIS (M.)
DESOILLE (H.)
PIÉDELÈVRE (R.)
FASQUELLE (R.)
GALLIARD (H.)
BRUMPT (L. C.)
COUVELAIRE (R.)
LAURENCE (G.)
LAVIER (G.)
MERKLEN (F. P.)
MILLIEZ (P.)
TURIAF (F.)
BOUDIN (G.)
CHEYMOL (J.)
LÉVY (Mlle J.)
BINET (L.)
BARGETON (D.)
PARROT (J.)
LEPAGE (F.)
DOGNON (A.)
DJOURNO (A.)
DESGREZ (H.)
LÉGER (L.)
CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	{ CABROL (C.)
	{ COUINAUD (C.)
	{ OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.),
	{ Pr. s. ch.
	{ BUSSET (F.)
	{ GOUYGOU (Ch.)
	{ ORCEL (L.)
	{ PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H

MM.

Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), Pr. s. ch. POLONOSKI (J.), M. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.), Pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.), Pr. s. ch. CORRE-MURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), Pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUÉNIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J. P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C. L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), M. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FRÉZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (O.) NICK (J.) PÉQUIGNOT (H.), Pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) BOISSIER (J.) LECHAT (P.) DEJOURS (P.) GOUGEROT (L.), M. conf., Pr. s. ch. KELLERSHOHN KREIS (B.) PICHOT (P.) DUCHÉ (D.) DELBARRE (F.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.), M. conf. agr. GRELLET (M.) CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) QUENU (L.)
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phthisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie	MM. DEBEYRE
----------------	----------------

	MM.
	{ ABOULKER (P.)
	AMELINE (A.), Pr. s. ch.
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (C.)
Clinique chirurgicale	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J. M.)
	{ DOMART (A.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	{ GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
	{ DESVIGNES (P.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS FRANÇAISES

	MM.
Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LÉNA (J.)
	{ Mme BEURLAND (H.)
Secrétaires	Mlle CHAINTREUIL (G.)
	Mme ROCHE (L.)
Conservateur en chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
	{ Mme CONTET (J.)
	Mme FORGET (F.)
Bibliothécaires	Mlle LAURENT (H.)
	Mlle LE NOIR (G.)
	Mlle QUIÈVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548802_0014

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Jacques HUGUIER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la Présidence de notre Jury. Nous le prions
d'agréer, avec nos sincères remerciements,
l'hommage de notre profond respect.*

A M. le Docteur André GERMAIN
Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie

Nous lui devons l'inspiration de ce travail pour lequel il nous a guidé avec autant de sollicitude que d'autorité.

Nous avons eu le plaisir de bénéficier de l'enseignement et de l'exemple qu'il a bien voulu nous donner durant notre stage dans son Service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A M. le Docteur Pierre LANCRET
Anatomopathologiste à l'Hôpital de Créteil

Il a bien voulu se charger de la partie anatomopathologique de cette thèse. Il nous a toujours apporté amicalement une aide constante et spontanée.

C'est avec une vive reconnaissance que nous lui témoignons notre fidèle attachement.

A TOUTE NOTRE FAMILLE

A TOUS NOS AMIS

AU GROUPE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SOUS-MARINES

*qui nous a permis de terminer ce travail au
cours de notre service militaire.*

***A propos
de six Observations d'Ulcération
de l'Artère gastro-duodénale***

SOMMAIRE

Introduction.

Chapitre I. — *Observations cliniques.*

Chapitre II. — *Considérations cliniques.*

Chapitre III. — *Mécanisme et anatomopathologie.*

Chapitre IV. — *Problèmes diagnostiques.*

Chapitre V. — *Le traitement.*

Conclusions.

Photographies.

Bibliographie.

Introduction

Dans les hémorragies liées à la présence d'un ulcère duodénal, l'ulcération de l'artère gastro-duodénale, directement menacée derrière le bulbe, représente une éventualité grave dont nous relatons six observations recueillies à l'Hôpital intercommunal de Créteil dans le service du Professeur agrégé A. Germain au cours de la période s'échelonnant de janvier 1958 à août 1960.

Ces six observations servent de base au présent ouvrage destiné à préciser un certain nombre de notions touchant l'étiologie, les constatations anatomo-pathologiques, le diagnostic et la thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Observations Cliniques

1° *La première observation* concerne un homme de 32 ans, L... Robert, entré le 14 décembre 1958 dans le Service de Médecine pour une hématomésose de sang rouge d'abondance moyenne, avec des signes de choc hémorragique léger et ayant nécessité une transfusion de sang total de 1.200 cm³. Il est passé le lendemain matin dans le Service de Chirurgie. Son hémorragie était arrêtée. La tension artérielle était remontée à la normale : 14-9. Le pouls était à 82. La numération globulaire à 3.300.000. L'hématocrite à 37. Le malade semblait être dans un état tout à fait rassurant, lisant le journal dans son lit.

L'interrogatoire n'a pu extraire aucun antécédent ulcéreux net. Pas de note cirrhotique. Pas de signe d'hypertension portale.

A 13 heures, un examen radiologique est entrepris qui montre des plis gastriques hypertrophiés, un duodénum rigide et déchiqueté sur ses 1^{re} et 2^e portions ainsi que la possibilité d'une niche ulcéreuse sur le bord supérieur du premier duodénum.

L'hémostase semblant assurée d'une façon stable, on juge inutile d'intervenir d'urgence. Mais, à 17 heures, sans signe prémonitoire, le malade fait une hémorragie de caractère cataclysmique qui l'emporte en un quart d'heure malgré une perfusion intraveineuse sous pression de deux flacons de sang en l'espace de dix minutes.

A l'autopsie, on trouve un ulcère duodénal géant de la face postérieure du premier duodénum, perforé-bouché dans le pancréas et dans le fond duquel l'artère gastro-duodénale est largement ulcérée. L'infiltration scléro-inflammatoire œdémateuse, énorme, se poursuit jusque sur le deuxième duodénum.

2° *La deuxième observation* a trait à un homme de 55 ans, V... Emile, sans passé digestif, entré en médecine le 9 mars 1959 pour une hématomésose abondante que la réanimation par transfusion sanguine n'arrive pas à compenser. Il passe en Chirurgie le lendemain en état de choc avec une tension artérielle maxima à 7, un héma-

tocrite à 21, une numération globulaire à 2 millions. En une demi-heure 1.200 cm³ de sang total sont injectés qui permettent de rétablir des conditions circulatoires meilleures et autorisent à intervenir sans diagnostic précis et sans qu'un examen radiologique ait pu être effectué.

On trouve un ulcère du duodénum avec une réaction inflammatoire atteignant la presque totalité de sa 1^{re} portion. Après duodénotomie, on met en évidence un ulcère postérieur perforé-bouché dans la tête pancréatique. Au cours des manœuvres de dissection, se produit une hémorragie artérielle importante venant d'une ulcération de l'artère gastro-duodénale dans le fond de l'ulcère. Avant que l'hémostase en soit assurée par quatre points en X, la perte de sang a été de 700 cm³. On réalise alors une gastroduodénectomie dont le temps de fermeture du moignon duodénal est rendu difficile et précaire par les conditions anatomiques locales défavorables.

Comme on pouvait le craindre, le 3^e jour post-opératoire, apparaît une fistule duodénale. Celle-ci ne se ferme pas malgré le traitement classique. Elle donne en moyenne 300 cm³ de liquide par jour puis 500 à 600 cm³ à partir du 40^e jour.

Devant le caractère irréductible de cette fistule duodénale on se décide à réintervenir. Le malade, en cours de préparation, fait le 47^e jour post-opératoire, une hématoméose abondante d'origine gastrique vérifiée par l'aspiration et rapportée cliniquement à un ulcère peptique. L'importance de cette hémorragie oblige à intervenir d'urgence après perfusion de quatre flacons de sang.

L'intervention, particulièrement difficile, permet néanmoins : 1) de mettre en évidence, juste au-dessus de l'anastomose, près de la petite courbure, sur le moignon gastrique, un volumineux ulcère perforé-bouché dans le pancréas; 2) de réaliser une dégastro-gastrectomie avec une recoupe de l'estomac emportant la lésion; 3) de disséquer le moignon duodénal porteur de la fistule et redevenu plus souple, et de la fermer en trois plans.

Après des suites satisfaisantes qui nous laissaient espérer un bon résultat, chèrement acquis, le patient meurt brutalement 30 jours après la réintervention. L'autopsie, mise à part l'existence d'un petit abcès sous phrénique, d'une péritonite encapsulée sous mésocolique non virulente et d'un infarctus myocardique ancien, met en évidence des métastases hépatiques, pulmonaires et surtout surrénaliennes susceptibles d'expliquer la mort subite. La tumeur primitive (épithélioma glandulaire différencié) n'a pas été retrouvée.

3^e La troisième observation concerne un homme de 29 ans, C... Michel, entré en Chirurgie le 22 avril 1959 pour une hématoméose abondante, dans un état d'anémie persistant malgré la réanimation entreprise en Médecine pendant quelques heures.

L'interrogatoire ne révèle pas d'ulcère connu, mais retrouve des antécédents douloureux post-prandiaux récents.

Sous couvert d'une transfusion pré et per-opératoire abondante, on intervient d'urgence sans examen radiologique préalable avec le diagnostic d'hémorragie ulcéreuse vraisemblable.

La lésion découverte est considérable, prise à première vue pour une tumeur du duodénum. En fait, il s'agit d'une tuméfaction inflammatoire d'origine ulcéreuse, ovulaire, s'étendant du pylore au genu inferius. La paroi antérieure du duodénum est très épaisse, succulente, œdématisée. Toute idée d'exérèse est aussitôt abandonnée puisqu'elle ne serait réalisable qu'au prix d'une duodéno-pancréaectomie. On n'ose pas pratiquer une duodénotomie exploratrice par crainte d'une fistule post-opératoire. On se contente d'une simple gastroentérostomie qui permet d'ailleurs de découvrir au doigt l'ulcère calleux postérieur du premier duodénum. On renonce en outre à la vagotomie complémentaire en raison de l'état précaire du malade malgré la cessation de l'hémorragie.

Douze heures seulement après cette intervention, survient brutalement une nouvelle hématomèse profuse qui force à réintervenir sur un malade en état pré-agonique. Grâce à des transfusions massives (22 flacons) ce nouvel acte opératoire peut être mené à bien. Cette fois, par duodénotomie, on découvre une ulcération de la gastro-duodénale qui, dans le fond de l'ulcère saigne en jet à la façon d'une artère utérine. Un point transfixiant en X en assure l'hémostase. Le duodénum est fermé en un plan aux points séparés.

Après une rémission de trois jours, une nouvelle hémorragie massive oblige à une troisième intervention entreprise dans des conditions désespérées. Elle montre que l'artère gastro-duodénale saigne de nouveau en jet par une ulcération située à un centimètre en aval de la précédente. Une ligature transfixiante d'amont et d'aval n'assure pas l'hémostase : les anastomoses pancréatiques donnent à plein. Une ligature directe du point de saignement est nécessaire. Elle s'avèrera insuffisante car l'hémorragie reprend après fermeture de la paroi. Le malade, malgré une transfusion de onze flacons de sang encadrant cette troisième intervention, n'a pu supporter cette hémorragie itérative et meurt sans avoir quitté la salle d'opération une heure après.

4° *La quatrième observation* est celle de F... Robert, 46 ans. Il est hospitalisé pour une hématomèse de grande abondance et dit aussitôt avoir saigné, mais en moindre quantité, deux jours auparavant.

La numération globulaire est à 1 million. Une perfusion de deux litres de sang est pratiquée.

L'interrogatoire révèle de vagues douleurs épigastriques, mais surtout une intempérance nette.

Cette dernière notion amoindrit l'hypothèse d'un ulcère hémorragique et, le surlendemain, à la suite d'une nouvelle hématomèse, sous couvert d'une nouvelle perfusion, on pratique une splénoportographie-splénomano-métrie d'urgence. Celle-ci ne montrant pas d'hypertension portale on se décide à opérer pour lésion gastrique indéterminée.

Il existe deux ulcères : un ulcère de la face antérieure du duodénum térébrant dans la face inférieure du foie, un ulcère de la face postérieure du duodénum térébrant dans la tête du pancréas avec ulcération de l'artère gastro-duodénale.

La dissection du duodénum est très difficile en raison de l'infiltration énorme des tissus péri-ulcéreux. On pratique néanmoins une gastroduodénectomie suivie d'une anastomose gastrojéjunale transmésocolique.

Les suites opératoires sont relativement simples (incidents de suppuration de paroi). Ce malade est revu quatorze mois après l'intervention : son état général aurait été bon, si une imprégnation éthylique marquée n'était apparue.

5° La cinquième observation est le cas de R... Paul. C'est un homme de 56 ans qui entre dans le Service de Chirurgie le 29 août 1960 pour une petite hématomèse. Il n'est pas choqué. Sa tension artérielle est à 12-9. A l'interrogatoire, on note des douleurs épigastriques sans périodicité apparues depuis trois semaines. L'examen est négatif. On ne trouve aucun signe d'éthylisme.

Le lendemain de son admission, brusquement, sans signe prémonitoire, ce malade fait une hématomèse cataclysmique suivie d'un collapsus nécessitant le passage de cinq flacons de sang en dix minutes. Une radiographie d'urgence est pratiquée : elle montre un ulcère duodénal certain sous la forme d'une niche suspendue.

L'intervention met à jour un énorme ulcère du bulbe duodénal s'étendant sur la face antérieure du bulbe où existe vraisemblablement une ancienne perforation recouverte par la vésicule biliaire, et aussi sur sa face postérieure qui forme un bloc avec le pancréas.

Il est possible que la lésion, source de l'hématomèse, soit une érosion de l'artère gastro-duodénale. En conséquence, devant la gravité de l'état général, on se décide à pratiquer une hémostase préalable. Après gastrotomie portant sur l'antrum avec pylorotomie, on tombe, au niveau de la face postérieure du duodénum, sur un ulcère térébrant enfoncé dans le pancréas dans lequel coule en jet la gastro-duodénale érodée.

L'hémostase étant assurée par deux points en X, on se décide à pratiquer une gastrectomie des deux-tiers à la Finsterer. La libération

de la grande courbure est facile. Par contre, la libération duodénale est extrêmement difficile : la libération de la face antérieure nécessite la dissection de la vésicule biliaire et la dépéritonisation du fond de celle-ci sur deux centimètres environ. On sectionne alors le duodénum au niveau de l'ulcère et l'on dégage sa première portion par l'intérieur. On obtient ainsi une collerette duodénale de deux centimètres permettant facilement la fermeture du duodénum en laissant le fond de l'ulcère dans le pancréas.

Une gastrectomie avec anastomose gastrojejunale transmésocolique est facilement effectuée.

La réanimation a nécessité 19 flacons de sang au total.

Le malade sort vingt jours après l'intervention en bon état général.

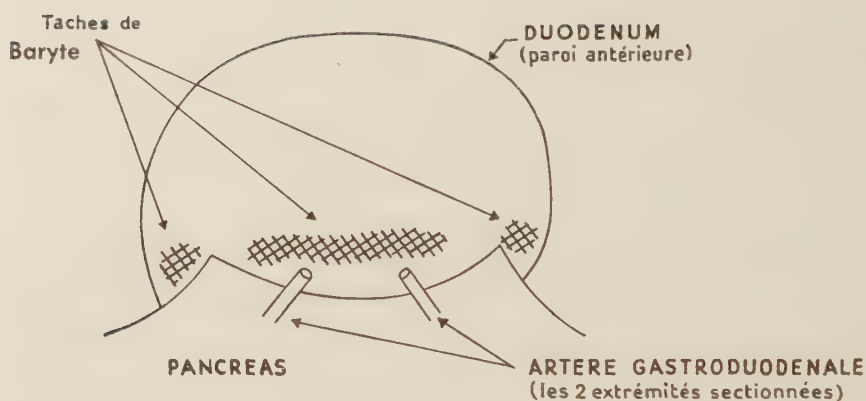
6° La sixième observation concerne D... Louis, âgé de 70 ans, admis le 11 mars 1960 pour une hémorragie digestive récidivée ayant débuté quelques jours auparavant et ayant abouti à un état d'anémie sévère : numération globulaire à 1.620.000, hématokrite à 20 %.

Il s'agit d'un malade sans antécédent pathologique notable, non éthylique, dont le foie est de volume normal et chez qui la rate n'est pas perçue. Il n'existe pas non plus d'antécédents douloureux épigastriques pouvant faire soupçonner la présence d'un ulcère gastro-duodénal.

Au cours d'une période d'accalmie, après avoir remonté l'état du malade par sept flacons de sang qui ont amené l'hématocrite à 32, on peut pratiquer un examen radiologique de l'estomac et du duodénum. Celui-ci montre un estomac normal mais une image duodénale fort curieuse : le bulbe duodénal apparaît volumineux, régulièrement arrondi et imprégné irrégulièrement. Sur la plupart des clichés existe une tache centrale ovale entourée à distance, en haut et en bas, par une coulée barytée, l'ensemble rappelant une image en patte de homard.

Le 15 mars 1960 une récurrence hémorragique sur le mode cataclysmique, accompagnée d'un état de choc sévère, oblige à intervenir d'extrême urgence. Après l'incision médiane susombilicale, on découvre un énorme ulcère de la face postérieure du premier duodénum perforé-bouché dans le pancréas et au fond duquel on aperçoit l'artère gastro-duodénale sectionnée en deux, les deux bouts étant séparés par une distance de un centimètre; sur chaque bout la lumière vasculaire est obturée par un caillot qui assure l'hémostase malgré le fait qu'on a ramené la tension artérielle à 11-12.

Les constatations opératoires permettent de comprendre le caractère inusité de l'image radiologique : la partie centrale est représentée par le fond pancréatique de l'ulcère, et les deux coulées par le sillon séparant le cratère ulcéré de la paroi duodénale antérieure restée souple.



On réalise une gastro-duodénectomie typique avec anastomose transmésocolique gastro-jejunaie. En laissant le fond de l'ulcère en place, on peut disséquer le duodénum et disposer de suffisamment d'étoffe pour le fermer en un plan. Les deux bouts de l'artère gastro-duodénale sont l'objet d'une hémotase par fils de lin passés par points transfixiants autour de chacun d'eux dans le tissu pancréatique.

Les suites opératoires sont simples. Cependant ce malade, bronchitique chronique, a présenté un cancer bronchique primitif découvert en juillet 1961 et ayant entraîné la mort vers la mi-septembre.

CHAPITRE II

Considérations Cliniques

L'étude de nos observations et la lecture de la littérature publiée à ce sujet nous permettent de formuler quelques considérations touchant l'étiologie.

FRÉQUENCE

1° En ce qui concerne la fréquence, nous ne nous attarderons pas à dégager dans les ulcères le pourcentage des indications chirurgicales liées à un incident hémorragique. Les statistiques publiées comportent en effet des résultats extrêmement variables s'étageant de 5 à 30 %. Il est évident que la statistique d'un service chirurgical montre des chiffres beaucoup plus élevés que celle provenant d'un service de médecine où le recrutement est bien différent.

A titre d'indication, signalons que dans le service de M. le professeur Germain, entre janvier 1958 et juillet 1960, 106 ulcères gastroduodénaux ont été opérés. Parmi ceux-ci 31 fois, soit dans 29 % des cas, la raison de l'intervention a été un incident hémorragique.

2° Par contre, il est beaucoup plus intéressant de noter la fréquence de l'ulcération artérielle comme source de l'hémorragie ulcéreuse.

Dans le rapport présenté aux journées de gastro-entérologie en octobre 1959 par MM. Picard, Kerneis et Mme Gordeeff, 48 observations d'hémorragies ulcéreuses sont choisies parce qu'elles ont nécessité une intervention d'urgence. On note : 50 % d'effractions artérielles, 25 % d'hémorragies par erythrodiapédèse, 25 % d'hémorragies dont on ne peut préciser l'origine.

Dans ce rapport, il est aussi cité les noms de :

— Delannoy, qui pense que 70 % des grandes hémorragies ulcéreuses sont dues à une effraction artérielle.

— Mercadier qui, sur 22 interventions d'urgence pour grande hémorragie, trouve 13 fois des plaies vasculaires béantes.

— Bonfils qui, sur 10 gastrectomies pour grande hémorragie, constate cinq fois une érosion artérielle dans un ulcère térébrant.

Enfin, dans les discussions qui ont suivi ce rapport :

— Delannoy confirme que, sur les pièces opératoires des gastrectomies d'urgence, il a été possible 8 fois sur 10 de cathétériser avec un crin une artériole ouverte dans le fond de l'ulcère.

— Goffin rapporte 30 observations de gastrectomie pratiquées d'urgence parmi lesquelles il a observé 18 fois une érosion artérielle.

Au total, les différents auteurs sont d'accord pour considérer que l'effraction artérielle est à l'origine de l'hémorragie dans environ 50 % des cas. Seul, Delannoy donne des chiffres beaucoup plus élevés.

3° Il est donc bien démontré que la lésion artérielle est une cause fréquente des hémorragies ulcéreuses. Mais il reste à préciser si ces artères érodées ne sont que de petites artérioles innommées ou de gros vaisseaux. Enfin, lorsqu'il s'agit d'une artère importante, la gastro-duodénale est-elle souvent en cause?

Dans le service de M. le Professeur Germain, nous possédons neuf observations d'ulcération de gros vaisseaux entre janvier 1958 et août 1960. Six fois, il s'agit de l'ulcération de l'artère gastro-duodénale. Dans les trois autres cas, le vaisseau ulcéré est une fois l'artère splénique, une fois l'artère pylorique et enfin, dans un dernier cas, une double ulcération atteignant en même temps les artères pyloriques et coronaire stomachique.

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé de statistique indiquant les fréquences relatives d'ulcération des différents gros vaisseaux. Mais à plusieurs reprises (deux fois par Picard et deux fois par Poussièr) l'érosion de l'artère gastro-duodénale est citée au milieu d'autres érosions d'artères ou d'artérioles sans que le nom de celles-ci soit indiqué. Il est évident que la raison en est l'absence de nom de ces artères et que par conséquent il ne s'agit pas d'un gros vaisseau.

L'ulcération des gros vaisseaux autres que l'artère gastro-duodénale semble donc très rare. On rejoint ici l'idée de Hampton qui, en 1937 aux Etats-Unis, en mettant au point la radiologie d'urgence, cherchait des incidences susceptibles de bien mettre en évidence la région duodénale car il accusait toutes les hémorragies ulcéreuses graves d'avoir pour origine l'érosion de l'artère gastro-duodénale.

Sans être aussi catégorique, nous comprenons que cette artère soit ulcérée plus facilement que les autres étant donné qu'elle court directement sous la paroi du duodénum.

Conclusion : De nombreuses statistiques indiquent la fréquence des ulcères hémorragiques, ces chiffres s'étalent de 5 à 30 %. Pour notre part, nous avons trouvé 29 %.

Lorsqu'un ulcère saigne c'est plus d'une fois sur deux par effraction artérielle. Dans la majorité des cas, les artères ainsi lésées sont de petites artères innommées. Rarement les gros vaisseaux sont atteints, mais parmi ceux-ci c'est l'artère gastro-duodénale qui est le plus souvent lésée sans doute pour des raisons purement anatomiques.

AGE MOYEN

L'ulcération de l'artère gastro-duodénale relève-t-elle d'une affection aiguë du sujet jeune? Ou bien d'une affection favorisée par l'athérome du sujet âgé? Ou bien n'a-t-elle aucune relation avec l'âge?

Pour répondre à ces questions, il serait bon de comparer les âges moyens :

- des ulcérations de l'artère gastro-duodénale;
- des érosions vasculaires;
- des ulcères hémorragiques;
- des ulcères en général.

1° Age moyen des ulcérations de l'artère gastro-duodénale.

L'âge de nos six malades est de 29, 32, 46, 55, 56 et 70 ans. Ce qui fait une moyenne de 48 ans.

Les deux cas cités par Picard ont 41 et 48 ans.

Les deux observations relatées par Poussière ont 38 et 64 ans.

2° Age moyen des érosions vasculaires.

Dans le service de M. le Professeur Germain : l'ulcération de la coronaire stomacique s'est produite chez un malade de 39 ans; l'ulcération de la splénique a eu lieu chez un homme de 27 ans; enfin, l'ulcération de la pylorique a été observée sur un sujet de 23 ans.

Dans le rapport présenté par Picard, Kerneis et Gordeeff aux journées de gastro-entérologie d'octobre 1959, 31 cas d'effraction artérielle sont rapportés : les âges s'échelonnent entre 33 et 74 ans et la moyenne est de 53 ans.

A l'issue de ce rapport, Goffin présente 18 ulcérations artérielles. Il distingue les ulcérations gastriques que l'on rencontre chez les sujets atteignant ou dépassant la cinquantaine (moyenne 54 ans) et les ulcérations duodénales se produisant chez des malades plus jeunes (moyenne 46 ans).

3° Age moyen des ulcères hémorragiques.

Dans le service de M. le Professeur Germain, l'âge moyen des 31 ulcéreux opérés pour hémorragie est de 47 ans.

Dans le rapport de Girard et Plauchu, 101 ulcéreux opérés pour hémorragie ont des âges s'échelonnant entre 18 et 77 ans. La moyenne est de 48 ans.

4° Age moyen des ulcères en général.

Dans le service de M. le Professeur Germain, sur 106 ulcères, la moyenne est de 47 ans.

Au total.

On peut rappeler les paroles de Lambling et Bonfils rattachant la prédominance des ulcères hémorragiques entre 30 et 50 ans au fait de la plus grande fréquence de la maladie ulcéreuse à cet âge.

Il n'existe aucune relation nette entre l'âge du malade et le type hémorragique de son ulcère. L'ulcération vasculaire n'est pas l'apanage du sujet âgé; c'est dire que l'athérome ne constitue pas un facteur favorisant : un sujet jeune ayant des artères en bon état présente des lésions ulcéreuses de celles-ci aussi souvent que le vieillard.

IMPORTANCE DES ANTÉCÉDENTS ULCÉREUX

Parmi nos six observations, en aucun cas l'ulcère n'était connu, en aucun cas l'interrogatoire ne révèle des douleurs ulcéreuses typiques : dans deux observations, on peut noter quelques douleurs épigastriques récentes sans périodicité; quant aux quatre autres malades, ils n'avaient absolument aucun passé digestif.

On peut donc dire que dans tous les cas l'hémorragie a été l'accident initial révélateur de l'ulcère.

Cette unanimité dans nos observations pose les problèmes suivants :

— Ce caractère d'hémorragie initiale se retrouve-t-il dans les cas d'ulcération de l'artère gastro-duodénale cités dans la littérature?

— Est-ce un caractère commun avec les hémorragies par ulcération artérielle?

— Enfin, est-ce un fait fréquent parmi les ulcères hémorragiques?

1° Les observations d'ulcération de l'artère gastro-duodénale dans la littérature.

Les deux cas cités par Poussière ont des antécédents ulcéreux anciens.

Les deux cas cités par Picard ont l'un, fait une perforation quatre

mois auparavant, l'autre fait de nombreuses hématoméses depuis dix ans.

2° Les hémorragies par ulcération artérielle.

Dans le service de M. le Professeur Germain, nous possédons trois observations d'ulcération de gros vaisseaux :

— splénique : on note des douleurs ulcéreuses il y a neuf ans, traitées pendant quatre ans. Depuis cinq ans, aucune douleur n'est réapparue;

— pylorique : un ulcère connu s'est perforé il y a cinq ans, depuis aucune douleur ne s'est produite;

— pylorique plus coronaire stomachique : il n'existe aucun antécédent si ce n'est quelques vagues sensations de brûlure épigastrique. Mais le sujet a absorbé récemment le contenu de trois tubes d'aspirine.

Picard, Kerneis et Gordeeff exposent sous forme de tableau 31 cas d'hémorragie ulcéreuse par effraction artérielle. Trois des malades cités ne présentent pas d'antécédent douloureux.

Dans les discussions qui ont suivi ce rapport, Goffin présente 18 cas d'érosion artérielle et distingue les ulcères gastriques des ulcères duodénaux : les ulcéreux gastriques chez qui on peut trouver une érosion artérielle ont d'habitude un long passé douloureux, alors que les ulcéreux duodénaux ont un passé morbide beaucoup plus court ne datant souvent que de un à deux ans.

Poussière, dans sa thèse, a (en dehors des deux observations d'ulcération de l'artère gastro-duodénale) cinq cas d'ulcération artérielle. Un seul de ces cinq malades ne connaissait pas son ulcère.

Bancet-Forest, dans sa thèse, donne six observations d'érosion artérielle. Un seul de ses malades ne présentait aucun passé digestif.

3° Les ulcères hémorragiques en général.

Dans le service de M. le Professeur Germain, 31 ulcères furent opérés pour hémorragie, pour 11 d'entre eux, l'hémorragie a été le premier signe.

Hillemand, Viguié et Breuzard trouvent dans 21 cas sur 76 l'hémorragie comme premier signe d'un ulcère jusque là latent.

D'après Wissmer, 40 % des hémorragies surviennent durant la première année de la maladie ulcéreuse.

Pour Girard et Plauchu, 30 % des hémorragies ulcéreuses sont inaugurales; 54 % surviennent dans la première année de la maladie et 10 % apparaissent après une évolution de dix ans et plus.

Gutmann et Demole observent deux hémorragies initiales sur douze cas.

Conclusion.

L'hémorragie révélant un ulcère jusque là muet cliniquement est un fait bien connu et assez fréquent. Notre propre statistique et celles des différents auteurs indiquent en moyenne un chiffre de 30 %.

Lorsque l'ulcère est hémorragique en raison d'une érosion artérielle, cet incident est beaucoup plus rarement inaugural. Cela semble d'ailleurs logique qu'il soit nécessaire à un ulcère d'avoir un passé plus long pour éroder un vaisseau que pour provoquer des phénomènes d'érythrodiapédèse.

En continuant ce raisonnement, l'ulcération de gros vaisseaux devrait être le fait de très vieux ulcères. C'est ce que l'on constate dans les observations où il s'agit des artères splénique et pylorique. Mais paradoxalement, lorsque l'artère ulcérée est la gastro-duodénale ce n'est pas l'aboutissement d'une longue évolution ulcéreuse tout au moins si l'on s'en rapporte uniquement à la clinique. Peut-on parler d'ulcère muet cliniquement ou d'ulcère à évolution suraiguë particulier à cette région duodénale?

CONCLUSION

On a de plus en plus tendance à dire que l'ulcération artérielle est souvent à l'origine des hémorragies ulcéreuses. Mais en fait, il s'agit d'ulcération artériolaire et les gros vaisseaux sont rarement atteints. L'ulcération de l'artère gastro-duodénale se rencontre néanmoins avec une fréquence non négligeable.

Il ne semble pas que les lésions artérielles soient plus fréquentes à un âge qu'à un autre.

Quoique la notion d'ulcère révélé par une hémorragie soit bien connue, il faut insister sur la fréquence de ce fait lorsque l'origine du saignement est une érosion de l'artère gastro-duodénale. Le dépouillement de nos observations montre en effet un fait frappant et paradoxal : le caractère minime des antécédents ulcéreux.

CHAPITRE III

Mécanisme et Anatomopathologie

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES

1° *Constatations opératoires.*

Nous possédons cinq cas, L... étant mort avant l'intervention.

A) Opératoirement, ce sont les réactions inflammatoires de voisinage qui seront visibles les premières. Leur importance ont une grande valeur puisque c'est des conditions anatomiques locales que dépendra la possibilité d'une intervention efficace.

— Chez V... la réaction inflammatoire atteint la presque totalité du premier duodénum. Ceci, après gastroduodénectomie, rendra difficile et précaire la fermeture du moignon duodénal et entraînera, trois jours après l'intervention, l'apparition d'une fistule biliaire.

— Chez C... la réaction inflammatoire est si importante qu'elle en impose, à première vue, pour une tumeur duodénale s'étendant du pylore au genu inferius. La paroi antérieure du duodénum est très épaisse, succulente, œdémateuse. La seule exérèse possible serait une duodénopancréatectomie.

— Chez F..., non seulement la face postérieure du duodénum fait bloc avec la face antérieure du pancréas, mais aussi la face antérieure du duodénum fait bloc avec la face inférieure du foie dans lequel il existe un deuxième ulcère térébrant. L'ensemble est compris dans des tissus périulcéreux infiltrés.

— Chez R... le bulbe duodénal forme aussi un bloc avec le pancréas, d'autre part sa face antérieure qui avait vraisemblablement perforé précédemment est recouverte par la vésicule biliaire.

— Quant à D..., les conditions anatomiques locales sont plus favorables permettant, après gastroduodénectomie, une fermeture correcte du duodénum.

B) L'ulcère lui-même ainsi que la lésion de l'artère gastro-duodénale sont au cours de l'intervention mis ensuite en évidence par duodénotomie antérieure. Celle-ci en raison de l'adhérence de la face antérieure du duodénum à la face inférieure du foie ne fut pas pratiquée chez F... (par ailleurs l'état général du malade ne nécessitait pas une hémostase rapide).

Dans nos quatre observations restantes, on constate après duodénotomie antérieure, une disparition de la face postérieure du duodénum. Dans la face antérieure du pancréas est creusé un énorme ulcère au fond duquel se trouve l'artère gastro-duodénale érodée.

Dans un seul cas (D...), l'hémorragie est arrêtée. On peut voir alors une section nette de l'artère gastro-duodénale. Chacun des deux moignons apparaît dans le cratère ulcéreux distant de un centimètre, obturé par un bouchon hémostatique.

Dans les trois autres cas, l'artère gastro-duodénale saigne en jet ce qui limite la précision des observations sur la nature exacte de la lésion vasculaire. L'artère semble néanmoins être seulement largement érodée sans être sectionnée. Cependant, rappelons chez C... le caractère extrêmement évolutif de cette érosion : lors de la deuxième tentative d'hémostase on constate que l'artère gastro-duodénale saigne à nouveau en jet par une ulcération située à un centimètre en aval de la précédente.

2° Constatations nécropsiques.

Nous avons à déplorer trois décès :

— Celui de V... qui a eu lieu 17 jours après l'intervention chirurgicale. La vérification nécropsique ne s'est pas attardée sur la région duodénale d'ailleurs vraisemblablement remaniée.

— Le décès de C... fut suivi d'une vérification avec prélèvement pour examen microscopique que nous verrons dans un chapitre ultérieur.

— Le décès de L... a permis par contre une étude nécropsique détaillée :

Comme dans les constatations opératoires faites pour les autres malades, on est frappé à la vérification anatomique de retrouver les lésions scléreuses importantes qui transforment la région duodénale en un tuyau béant et rigide à parois cartonnées.

Après ouverture du duodénum, on trouve une vaste ulcération de quatre à cinq centimètres de diamètre, térébrante dans la tête du pancréas.

Le fond est comblé par une petite couche de nécrose mais, après avoir débarrassé les caillots très friables, on découvre une ulcération

importante de l'artère gastro-duodénale. Celle-ci est facilement cathétérisée par une sonde cannelée.

On pratique alors des coupes sagittales. L'artère gastro-duodénale a la forme d'un V renversé dont la pointe émerge dans le fond de l'ulcère. C'est l'érosion de cette pointe qui provoque une vaste plaie latérale.

Cette artère est parfaitement perméable sur tout son trajet bien qu'elle soit noyée dans un bloc de sclérose dense.

3° Conclusions des constatations opératoires et nécropsiques.

En conclusion, tous les cas rapportés ici montrent des lésions constantes :

A) Une vaste ulcération du tube digestif térébrante dans la tête du pancréas et ayant érodé plus ou moins l'artère gastro-duodénale (fig. 1). Il existe même parfois une amputation complète de l'artère : celle-ci apparaît alors (obs. n° 6) en canon de fusil au fond de l'ulcération; ce sont deux points distincts qui, dans ce cas, sont obturés par deux caillots séparés.

B) Des lésions inflammatoires constantes et importantes à type d'œdème, d'hyperméasclérose et de sclérose avec un épaississement de la paroi du tube digestif.

L'ensemble confère à la région duodénale un aspect cartonné, rigide, faisant corps avec la tête du pancréas et réalisant parfois un aspect pseudo tumoral.

4° Les aspects décrits dans la Littérature.

A) Les observations d'ulcération de l'artère gastro-duodénale.

Les auteurs ne précisent pas la grandeur de l'ulcère et l'importance de l'atteinte des tissus périulcéreux. Seul, Poussière, dans une observation, constate l'existence d'un bloc calleux, pancréatico-duodénal, ne permettant comme intervention que l'hémostase directe de l'artère.

Dans tous les cas, la plaie vasculaire est béante, non rétractée, non obturée par un caillot fibrinocruorique.

B) Les observations d'ulcération artérielle.

En aucun cas, il n'est fait mention de la présence d'une infiltration périulcéreuse. Il semble donc que ces lésions de voisinage soient spécifiques au duodénum. Les trois observations d'ulcération de gros vaisseaux (artère coronaire stomacique, pylorique, splénique) que nous possédons dans le service de M. le Professeur Germain confirment cette allégation.

Quant aux lésions vasculaires elles-mêmes, d'après le rapport présenté par Picard, Kerneis et Gordeeff aux journées de gastro-entérologie d'octobre 1959, elles revêtent l'aspect d'une effraction par le processus ulcéreux, d'une mortification de la paroi. Dans un tiers des cas, la plaie peut être obturée par un clou hémostatique mais disons tout de suite, bien que nous ne soyons pas encore au chapitre histologique, que l'artère lésée n'est jamais rendue imperméable par une artérite oblitérante (les lésions d'artérite oblitérantes sont périulcéreuses).

C) En conséquence, tant par nos propres observations que par celles de la littérature, nous pouvons dire que l'ulcération de l'artère gastro-duodénale revêt macroscopiquement :

— au point de vue atteinte vasculaire, le même aspect que toutes les autres atteintes vasculaires quel que soit le vaisseau en cause;

— mais qu'au point de vue lésions de voisinage, l'ulcère duodénal, lorsqu'il y a atteinte de l'artère gastro-duodénale, revêt un aspect exceptionnellement important, voire géant.

ASPECTS HISTOLOGIQUES

Les ulcérations sont d'un abord chirurgical difficile. Elles ont été dans la plupart des cas laissées en place car ces lésions, accompagnées de plaies vasculaires importantes et d'une inflammation intense, rendent l'exérèse impossible.

Deux cas (L... et G...) ont été suivis de décès et la vérification anatomique nous a permis de retrouver les lésions histologiques décrites dans la littérature (Picard, Kerneis et Gordeeff).

1° L'ulcération.

A) L'ulcération elle-même.

Elle est de grande taille, elle ampute la totalité de la paroi duodénale et pénètre dans le tissu pancréatique.

Le fond est fibrinocrurorique, parfois nécrotique, et une plaie latérale béante, ou une section complète de l'artère gastro-duodénale, y est visible.

Sous l'ulcération, un socle scléreux, œdématié, fait de tissu collagène, contient l'artère gastro-duodénale et quelques îlots de tissu pancréatique encerclés par des bandes de tissu conjonctif.

B) La lésion de l'artère gastro-duodénale.

L'artère gastro-duodénale monte, comme attirée vers le fond de l'ulcère.

La plaie est largement béante (fig. 2). Même lorsqu'il existe des lésions d'endartérite (fig. 3), celles-ci sont discrètes et la lumière est largement perméable sur tout son trajet.

La brèche faite dans la paroi vasculaire est vaste, comme l'indique les coupes faites en série pratiquées dans cette région. Ses bords sont nécrosés et font suite sans transition avec la nécrose du fond ulcéreux. Cette nécrose ampute la média de l'artère et détruit totalement son armature élastique. La nécrose peut provoquer une plaie latérale ou une section totale, les deux extrémités s'abouchant côte à côte dans le fond de l'ulcère.

2° Les lésions de voisinage inflammatoires.

Elles sont intenses et constantes ainsi que le faisait prévoir l'examen macroscopique.

Il s'agit d'une sclérose qui s'insinue dans le voisinage, sous les berges de l'ulcération, pour dissocier les faisceaux musculaires lisses de la musculieuse.

Cette sclérose est souvent occupée par un œdème abondant, par une congestion intense et de nombreuses suffusions hémorragiques ainsi que par des infiltrats lymphoplasmocytaires. Quelques artères thrombosées et quelques troncs nerveux hyperplasiques sont visibles.

La muqueuse est fréquemment congestive et en état d'hypersécrétion.

MÉCANISME

Le mécanisme de l'ulcération de la muqueuse duodénale est, au début, le même que dans tous les cas de maladie ulcéreuse. Nous ne reprendrons pas les diverses théories émises à ce sujet car cela n'est pas notre propos.

Par contre, l'ulcère étant constitué, il existe une digestion rapide des diverses couches de la paroi duodénale par les sucs digestifs et particulièrement par l'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique.

Il existe certainement une susceptibilité particulière à certains ulcères car le nombre des ulcérations de l'artère gastro-duodénale est minime par rapport au nombre des ulcérations duodénales.

Il s'agit peut-être d'un processus inflammatoire plus aigu qu'habituellement provoquant une nécrose rapide et brutale de la paroi digestive et de la paroi vasculaire sans qu'aucune lésion thrombotique n'ait le temps de s'installer.

Les dispositions anatomiques sont, notons-le, favorables, car

l'artère gastro-duodénale occupe une situation relativement proche des ulcérations de cette région.

Il faut évoquer enfin la possibilité d'une sécrétion biliaire insuffisante qui, dans quelques cas, n'assure pas la neutralisation du suc gastrique.

Ce sont autant d'hypothèses que le nombre restreint de nos observations ne permet pas de résoudre.

CHAPITRE IV

Problème Diagnostique

Nos six malades ont été hospitalisés à l'occasion d'une ou plusieurs hématoméses. Ces hématoméses ont toujours été assez abondantes et répétées pour que l'on puisse affirmer d'emblée que ces sujets étaient porteurs d'une affection du tractus digestif haut.

L'interrogatoire n'a jamais permis de porter un diagnostic sur la nature de cette affection. Un ulcère, mais sans plus de précision, a pu être soupçonné dans deux cas.

Devant une telle absence de renseignements, l'on devra :

— porter l'indication d'une intervention gastro-duodénale en éliminant, comme origine de l'hémorragie, la rupture de varices œsophagiennes;

— essayer, avant l'intervention, de s'orienter quand même sur la lésion causale par 1° les caractères particuliers de l'hémorragie, 2° des examens complémentaires.

ÉLIMINER LA RUPTURE DE VARICES ŒSOPHAGIENNES

Le faciès, un subictère, une hépatomégalie, un léger tremblement des extrémités évoqueront l'éthylisme, plus ou moins avoué.

Des examens para-cliniques peuvent être utiles.

— Les épreuves hépatiques habituelles sont sans intérêt : elles sont difficilement réalisables en urgence et leurs perturbations sont sans rapport avec le degré d'hypertension portale. De plus, un sujet peut associer hypertension portale et ulcère hémorragique.

— L'étude de l'hyperammoniémie post-hémorragique a été réalisée la première fois en 1955 par Stahl et Bockel. Son but est de diagnostiquer un shunt du sang portal vers la circulation systémique, donc des varices œsophagiennes. La présence de sang dans l'intestin réalise spontanément une épreuve d'hyperammoniémie.

— La splénoportographie-splénomanométrie a été employée

pour notre quatrième malade F... chez lequel on soupçonnait un éthylisme. Cet examen est préconisé par Léger qui le pratique systématiquement pour toute hémorragie digestive depuis 1951. Il l'utilise en urgence, même avant l'examen radiologique de l'estomac pour ne pas être gêné par les résidus de baryte. Le produit de contraste injecté dans la rate (technique transcutanée mise au point par Abéatici et Campi) dessine tout le réseau porte à partir de la veine splénique, visualise un obstacle sur le système porte, dessine les anastomoses. Parmi celles-ci les varices œsophagiennes sont parfaitement visibles. La splénomanométrie complètera cette méthode en chiffrant l'hypertension portale.

— La radiographie après ingestion de baryte et l'endoscopie sont elles aussi susceptibles d'affirmer ou d'infirmer la présence d'une dilatation des veines œsophagiennes. Ces examens seront étudiés dans le chapitre suivant.

ESSAYER, AVANT L'INTERVENTION DE DÉTERMINER LA LÉSION CAUSALE DE L'HÉMORRAGIE

Nous étudierons dans ce paragraphe :

— si les hémorragies par ulcération de l'artère gastro-duodénale offrent des caractères particuliers susceptibles, à eux seuls, d'évoquer cette lésion comme origine de saignement;

— les examens complémentaires (endoscopie et radiographie d'urgence) qui essaieront d'objectiver la lésion en cause.

1° Caractères de l'hémorragie

A) Son importance.

Voici rapportées ci-dessous les indications notées sur les feuilles de réanimation de nos malades :

— L... : mort en un quart d'heure d'exanguination malgré la mise en batterie du Jouelet électrique (deux flacons de sang en sept minutes) et l'essai d'une perfusion intra-cardiaque.

— V... : intervention d'urgence après avoir passé en une demi-heure 1.200 cm³ de sang. Pendant l'intervention 4.000 cm³ de sang.

— C... : avant la première intervention 3.600 cm³. Pendant la première intervention 4.000 cm³. Entre la première et la deuxième intervention 3.200 cm³. Pendant la deuxième intervention 5.200 cm³. Entre la deuxième et la troisième intervention 10.000 cm³. Pendant la troisième intervention 4.000 cm³ approximativement (la fiche de réanimation n'a pas été retrouvée). Tous ces chiffres concernent uniquement le sang.

— F... : avant l'intervention 3.000 cm³. Pendant l'intervention plus de 4.000 cm³.

— R... : avant l'intervention 2.000 cm³. Pendant l'intervention 5.600 cm³.

— D... : sept flacons de sang avant la récurrence hémorragique nécessitant l'intervention d'urgence.

Ces chiffres montrent la gravité de l'hémorragie qui, deux fois sur six, conduit au décès (le troisième décès tardif ne relevant pas directement de l'hémorragie).

Cette proportion de décès causés par l'ulcération de l'artère gastro-duodénale est extrêmement importante comparée au pourcentage des décès causés par les hémorragies ulcéreuses habituelles :

— Bevan et Bulmer : 5 à 10 %.

— Ivry : 1,5 %.

— Finsterer : 3,5 %.

— Meulengracht : 2,5 %.

— Lambling et Baratgin : 2,5 %.

— Levrat : 5,2 %.

Signalons enfin que pour Baratgin les hémorragies mortelles sont plus fréquentes dans la localisation gastrique que dans la localisation duodénale.

Le fait de consulter les fiches de réanimation ne montre pas seulement la gravité des hémorragies mais met aussi en évidence le caractère récidivant de ces hémorragies puisque les quantités transfusées dépassent de loin la masse sanguine du sujet.

Ceci amène à étudier cette notion de récurrence hémorragique.

B) La notion de récurrence.

Elle est évidente dans nos observations :

— L... meurt d'exanguination 36 heures après une première hématomèse d'abondance moyenne qui avait motivé son hospitalisation; mais celle-ci, s'étant arrêtée spontanément, n'avait pas conduit à une intervention d'urgence.

— V... présente des hémorragies difficiles à compenser qui s'arrêteront cependant puisqu'elles reprennent en cours d'intervention où l'on aspire alors 700 cm³ de sang en quelques instants.

— C... subit une première intervention au cours de laquelle on pratique une gastroentérostomie qui permet de découvrir au doigt l'ulcère calleux postérieur sans que l'on note la présence d'un écoulement sanguin. Deux reprises hémorragiques de plus en plus graves nécessitent deux nouvelles interventions qui ne sont que palliatives en raison d'impératifs opératoires. Une quatrième hémorragie emporte le malade.

— F... est opéré à l'occasion de sa troisième hématomèse : celles-ci d'importance progressivement croissante. Mais il ne saigne pas au moment de l'intervention.

— R... est hospitalisé pour une petite hématomèse et l'intervention doit être faite d'urgence le lendemain en raison d'une hémorragie cataclysmique qui continue jusqu'à l'hémostase chirurgicale.

— D... est opéré après plusieurs incidents d'hématomèse et de mœléna. La dernière hémorragie est extrêmement abondante mais cessera spontanément puisque l'intervention découvre des caillots obturant l'artère.

Au total, on peut mettre en évidence les caractères suivants : hémorragie s'arrêtant spontanément dans la majorité des cas, mais récidivant toujours et, à chaque récurrence, de façon de plus en plus abondante.

Ces caractères se retrouvent-ils

— dans les ulcérations de l'artère gastro-duodénale décrite dans la littérature?

— dans les ulcères hémorragiques quelle que soit l'origine anatomopathologique du saignement?

a) Les ulcérations de l'artère gastro-duodénale dans la littérature.

Dans la première observation de Picard trois grandes hémorragies précèdent l'intervention au cours de laquelle l'artère gastro-duodénale saigne abondamment. Dans sa deuxième observation, le malade a présenté de nombreuses hématomèses depuis dix ans. Hématomèse et mœléna, pendant deux jours, motivent l'intervention pendant laquelle l'artère gastro-duodénale saigne goutte à goutte.

Les deux cas de Poussière sont opérés, l'un après sa troisième hématomèse, l'autre après sa quatrième.

b) Les ulcérations artérielles en général.

Les trois observations d'ulcération de gros vaisseaux relevées dans le service de M. le Professeur Germain présentent les caractères suivants :

— la coronaire stomachique, une notion de continuité sans rémission de l'hémorragie;

— la splénique, après une première hématomèse de moyenne abondance, c'est une deuxième hématomèse cataclysmique qui décide l'intervention au cours de laquelle l'artère continue à saigner;

— la pylorique est opérée au décours de la première hémorragie.

Le rapport de Picard, Kerneis et Gordeeff comprend 31 observations d'effraction artérielle. La notion de récurrence y est notée seize fois, celle d'aggravation sept fois.

Bancet-Forest a, dans sa thèse, six cas d'ulcération artérielle pour lesquels la récurrence existe six fois et l'aggravation trois fois.

c) Les ulcères hémorragiques quelle que soit l'origine anatomo-pathologique du saignement.

Dans le service de M. le Professeur Germain sur 24 observations d'ulcère saignant pour une autre raison que l'ulcération artérielle, on note quatorze fois des récides, cinq fois une aggravation au cours des récides.

A la suite du rapport présenté par Hillemand, Viguié et Breuzard aux journées de gastro-entérologie d'octobre 1959, les différentes discussions qui suivirent concluent à une fréquence des récides hémorragiques estimable à 21,23 %.

C) En conclusion.

Le caractère essentiel de l'hémorragie par ulcération de l'artère gastro-duodénale est son abondance, bien évidente en raison du diamètre de cette artère, mais sur laquelle on insiste étant donné son caractère spectaculaire et la quantité énorme de sang nécessaire pour la réanimation.

Ses autres caractères sont la récide et l'aggravation au cours des récides. Ces caractères existent dans toutes les hémorragies ulcéreuses, mais leur fréquence est plus élevée pour cette lésion artérielle. De plus, on est frappé par le fait que, malgré le diamètre de l'artère gastro-duodénale, l'hémorragie peut au début s'arrêter spontanément.

2° Les examens complémentaires

A) L'endoscopie.

Desneux présente une série de 304 investigations endoscopiques pour hémorragie aiguë. Il opère toujours sous anesthésie générale qui est le seul moyen permettant en même temps le relâchement complet du malade et l'aide efficace d'un réanimateur. Dans ces conditions, il n'a jamais enregistré d'accidents ni de reprises hémorragiques imputables à l'examen.

Un diagnostic précis de l'origine de l'hémorragie a pu être posé dans 185 cas; un diagnostic de présomption dans 44 cas; une affection gastro-œsophagienne a pu être exclue 42 fois.

Cet auteur souligne d'autre part qu'en cas de lésions hémorragiques multiples, l'endoscopie est la seule méthode qui permet de préciser la lésion responsable du saignement et d'orienter en conséquence valablement la thérapeutique.

L'endoscopie semble donc être un examen extrêmement intéressant. Mais lorsqu'on pense à la difficulté d'explorer entièrement un estomac et un duodénum vides chez un malade en bonnes conditions physiques, on est amené à croire qu'un grand endoscopiste comme Desneux est nécessaire pour pouvoir faire un diagnostic au cours

d'une hémorragie massive : une nappe sanguine tapisse en quelques secondes d'une couche uniforme la paroi gastrique qui, même avant d'être recouverte, est terne, mate, sans contraste de couleur ne permettant pas aux ulcères de bien se détacher.

B) La radiologie.

Avant 1951, il était classique en France de ne pas pratiquer de radiographie avec ingestion de baryte en période d'hémorragie digestive grave. On craignait des complications et l'on pensait ne pas obtenir de renseignements valables.

C'est alors que Delannoy se fit l'ardent défenseur de cette méthode utilisée par Hampton aux Etats-Unis dès 1937.

Actuellement, les Lillois ont bien précisé leur méthode :

— l'examen est pratiqué moins de 12 heures après le début de l'hémorragie;

— le malade est auparavant correctement déchoqué et réanimé; sa tension artérielle supérieure à 10, ce qui est toujours possible lorsque les hémorragies ne sont pas incoercibles, continues (ceci explique pourquoi nous ne pouvons présenter que trois observations des radiographies d'urgence);

— tout l'examen sera fait en décubitus pour éviter un risque de lipothymie. La palpation et la compression ne seront pas employées;

— d'abord décubitus dorsal : la baryte imprègne la grosse tubérosité. Puis décubitus latéral droit : la baryte suit la petite courbure et franchit le pylore. Enfin pro-cubitus : qui est la meilleure incidence pour les ulcères duodénaux;

— tous les clichés sont pris sous contrôle radioscopique.

En employant cette technique, Delannoy n'a jamais eu aucun incident à déplorer et ses résultats sont brillants (70 % de résultats positifs pour les ulcères de la face postérieure de l'estomac, 95 % pour les ulcères de la petite courbure et de l'antrum, 100 % pour les ulcères duodénaux) malgré les difficultés d'interprétation habituellement reprochées à cette méthode par nombre d'auteurs : présence de sang dans l'estomac donnant de fausses images marécageuses, comblement de la niche ulcéreuse par un caillot, atonie gastrique.

C'est, persuadé de la valeur de la radiographie d'urgence, que nous avons effectué cet examen chez nos malades, chaque fois que leur état le permettait. Il s'agit de L..., R... et D...

— R... ne semble pas poser de problème : une image typique de niche suspendue du duodénum est visible sur les clichés (fig. 4). En fait, en interprétant ces clichés avec les lésions découvertes opératoirement, on peut se demander si la tache de baryte correspond à l'ulcère de la face postérieure du duodénum ou à une lésion duodénale associée : l'ancienne perforation de la face antérieure.

— La radiographie de L... montre d'énormes lésions s'étendant

sur les première et deuxième portions du duodénum qui est rigide, déchiqueté (fig. 5). C'est l'importance même de ces altérations et remaniements duodénaux qui sont gênants pour affirmer que l'une de ces opacités correspond à un ulcère. On peut soupçonner néanmoins une niche sur le bord supérieur du premier duodénum.

— Chez D... (fig. 6) c'est la grandeur même de la niche qui est trompeuse. Comme elle occupe tout le premier duodénum, on passerait à côté si une image de double contour n'évoquait un ulcère vu de face : la partie centrale opaque correspond au fond de l'ulcère, les croissants plus clairs qui encerclent le centre représentent les bords de l'ulcère, enfin le pourtour opaque de l'image est ce qui reste du duodénum pouvant s'emplir de baryte.

Au total, nos malades, chaque fois qu'une radiographie d'urgence a pu être pratiquée, présentaient des lésions radiologiques duodénales importantes, souvent difficiles à interpréter en raison de l'énormité de la gastroduodénite ou de l'énormité trompeuse de la niche.

CONCLUSION

Nos malades ont été hospitalisés pour des hématomésés extrêmement importantes. Ils avaient un tableau clinique ulcéreux atypique ou même ne possédaient aucun passé digestif.

L'examen clinique, et, dans un cas, la splénoportographie ont permis, en éliminant l'hypertension portale, de s'orienter vers une lésion gastro-duodénale.

Le caractère des hémorragies (extrême abondance, récides avec aggravation progressive, arrêt spontané au début) doit faire penser à l'ulcération d'un gros vaisseau.

L'endoscopie, réservée aux spécialistes, n'a jamais été pratiquée afin d'essayer de déterminer la nature de la lésion. La radiographie, lorsqu'elle a pu être pratiquée, a montré d'importants remaniements au niveau du duodénum.

Cet ensemble, surtout l'association hémorragie extrêmement grave et lésion radiologique duodénale majeure devrait, après l'étude faite ci-dessus des lésions anatomopathologiques permettre le diagnostic d'ulcération de l'artère gastro-duodénale.

CHAPITRE V

Le Traitement

Le malade arrive à l'hôpital. Il a saigné, il saigne encore. Il est dans un état de shock plus ou moins important. Le premier acte thérapeutique sera la réanimation.

LA RÉANIMATION

La réanimation aura pour but de perfuser au malade une quantité de sang égale à la quantité perdue.

Comment peut-on déterminer cette quantité perdue?

1° L'interrogatoire apporte peu de renseignements car le malade apprécie mal le volume de sang qu'il a rejeté et surtout tout le sang retiré de la circulation peut ne pas être extériorisé, encore en transit dans l'intestin.

2° L'examen physique renseigne beaucoup mieux par les signes de shock : pâleur, refroidissement des extrémités, sueurs, prostration ou agitation, état syncopal. Mais ces signes s'ils indiquent que l'hémorragie est importante ne permettent aucune évaluation quantitative. Par contre, il y a une relation de proportionnalité entre l'hypotension ainsi que la tachycardie et la gravité de l'hémorragie qui les provoque.

M. Germain estime qu'une diminution de 33 % de la masse sanguine, soit en moyenne 1.500 cm³ fait descendre la maxima d'un individu normal entre 8 et 10. C'est à partir de cette perte de sang que l'hémodynamique se trouve perturbée. Au-dessous de 8, la perte est encore plus importante, 50 à 60 % de la masse sanguine, soit 2.500 à 3.000 cm³.

L'accélération du pouls, elle aussi, reflète assez justement l'importance de l'hémorragie dès que le pouls dépasse 100.

Mais il ne faut pas oublier que tous ces signes cliniques classiques

d'hémorragie peuvent être retardés. Les mécanismes cardio-vasculaires de compensation peuvent être juste suffisants pour éviter le collapsus et la moindre perte supplémentaire de sang verra s'installer le shock. C'est dire que l'on ne doit pas attendre l'apparition de ces signes pour évaluer l'hémorragie et commencer la réanimation.

3° D'autres moyens ont été proposés et sont utiles pour estimer l'importance de l'hémorragie : examens de laboratoire s'adressant directement au sang.

On a souvent pris comme critère de gravité d'une hémorragie la valeur de l'hématocrite ou le nombre d'hématies indiqué par la numération globulaire. Mais il ne faut pas oublier que l'hypovolémie secondaire à l'hémorragie ne s'accompagne pas immédiatement d'une chute des globules rouges. L'anémie n'apparaît qu'après l'hémodilution de compensation. En conséquence (Germain) pour qu'une numération globulaire reflète avec véracité l'importance de la spoliation sanguine, il faut :

1° que l'hémorragie soit arrêtée;

2° que l'hémodilution soit achevée (elle demande 24 à 96 heures). Quand l'hémorragie est vue précocement ou qu'elle persiste, la numération globulaire donne des chiffres trompeusement rassurants.

La meilleure technique de laboratoire serait d'associer à la numération globulaire la mesure de la masse sanguine. Malheureusement, cette mesure n'est pas d'un usage courant en urgence.

En conclusion

Devant l'impossibilité tant clinique que de laboratoire, de préciser la quantité de sang perdu, le meilleur critère de gravité d'une hémorragie (Germain) réside dans le nombre de flacons de sang nécessaire pour combattre efficacement, ou a fortiori en vain, les symptômes de l'hémorragie.

On peut dire qu'une hémorragie est grave quand la compensation sanguine nécessitée par elle atteint en quelques heures 20 à 25 % de la masse sanguine totale, ce qui correspond grossièrement chez un adulte à trois flacons de sang.

Il est inutile de dire que nos malades ont fait des hémorragies extrêmement graves puisque, en plus de L..., qui est mort en un quart d'heure d'exanguination malgré la perfusion sous pression, ils ont été opérés à peine compensés après avoir respectivement reçu : 1.200 cm³, 3.600 cm³, 2.800 cm³, 2.000 cm³.

L'INTERVENTION

Dès que des conditions circulatoires correctes sont réalisées, l'intervention peut avoir lieu sous couvert de perfusion toujours abondante tant que l'hémostase n'est pas faite.

Dès que l'exploration manuelle a permis d'affirmer la présence d'un ulcère de la face postérieure du duodénum faisant bloc avec la tête du pancréas, la duodénotomie permet d'aborder directement la lésion et de faire l'hémostase de l'artère gastro-duodénale.

Se contenter de l'hémostase directe n'est pas suffisant comme le montre le cas de C... Compléter cette hémostase par une gastroentérostomie faite en zone saine associée à une opération de Dragstedt, peut-être est-ce suffisant. Nous n'en avons pas l'expérience puisque chez C... la gastroentérostomie n'a pu être suivie d'une vagotomie bi-latérale sous diaphragmatique en raison de la précarité de l'état général de ce malade. C'est en tout cas la solution à laquelle il faut se résoudre lorsque les lésions périulcéreuses ne permettent pas une gastroduodénectomie.

Sur nos six malades, l'un est mort avant l'intervention, l'autre, cité ci-dessus, n'a pas eu de gastroduodénectomie et il est mort à l'issue d'une tentative d'hémostase directe après duodénotomie.

Les quatre malades restants ont eu une gastroduodénectomie. Trois sont vivants. Un seul est décédé 77 jours seulement après son intervention et probablement d'un néoplasme.

La gastroduodénectomie, quelles qu'en soient les difficultés, semble donc l'intervention à pratiquer. En laissant le fond de l'ulcère en place, on s'efforcera d'obtenir une collerette duodénale suffisante pour permettre une fermeture correcte du moignon duodéal.

Malheureusement, étant donnée l'étendue des tissus inflammatoires périulcéreux, il peut être difficile d'effectuer cette fermeture en tissu sain. On s'expose alors dans les suites opératoires à des complications duodénales ou biliaires : c'est le cas de V... qu'il a fallu réopérer pour une fistule duodénale apparue le troisième jour post-opératoire.

Aussi, parfois on sera obligé de se contenter d'une gastroentérostomie associée à une vagotomie bi-latérale, tout en sachant que cette intervention n'empêche pas la reprise hémorragique.

Conclusions

Nous avons recueilli six observations d'ulcérations de l'artère gastro-duodénale par ulcère duodénal dans le service du Professeur agrégé Germain à l'Hôpital Intercommunal de Créteil.

Cette lésion est la plus fréquente dans le cadre des érosions vasculaires d'origine ulcéreuse qui, elles-mêmes, prennent une place importante dans la genèse des hémorragies ulcéreuses.

Elle représente un accident grave donnant lieu à des hémorragies de caractère souvent cataclysmique mais dont l'allure grave n'est parfois réalisée que lors d'une récurrence.

Elle n'est pas l'apanage des sujets âgés, athéromateux : la moyenne d'âge ayant été dans notre série de 48 ans. Par ailleurs, l'absence d'antécédents ulcéreux dans quatre cas et le caractère récent et vague des antécédents dans les autres, semblent démontrer que l'ulcération de la gastro-duodénale n'est souvent pas le terme évolutif d'un vieil ulcère calleux mais plutôt un accident lié à l'hyperacidité massive et corrosive accompagnant l'évolution aiguë d'un ulcère géant à allure très inflammatoire.

De ce fait, et en raison par ailleurs de la gravité clinique de l'accident hémorragique, empêchant dans la moitié des cas un examen radiologique d'urgence, le diagnostic présente des difficultés certaines. Quand l'examen radiologique peut être pratiqué, l'importance du cratère ulcéreux noyé dans les réactions œdémateuses de voisinage est telle qu'elle prête parfois à erreur : deux de nos observations en font foi.

Au point de vue thérapeutique :

1° En ce qui concerne les indications opératoires, nous pensons qu'il faut adopter comme règle d'opérer d'urgence toute hémorragie vraisemblablement ulcéreuse ayant donné des signes cliniques évidents de choc ou ayant nécessité, pour la compensation, un minimum de trois flacons de sang en l'espace de quelques heures. Cette règle est valable, même lorsque l'hémorragie semble arrêtée. C'est faute d'avoir suivi la dernière proposition de ce précepte que nous avons perdu un malade au cours d'une récurrence foudroyante de l'hémorragie.

2° L'intervention doit être conduite sous couvert d'une transfusion sanguine importante après une réanimation intensive et courte.

3° La tactique chirurgicale est particulièrement délicate :

a) L'ulcération de la gastro-duodénale doit être considérée comme une véritable plaie vasculaire. Un premier geste impératif s'impose quand l'hémorragie persiste au moment de l'opération : assurer l'hémostase directe après duodénotomie;

b) Mais l'intervention ne doit pas se borner à ce geste : une ulcération et une hémorragie itératives en seraient la rançon presque inévitable comme le montre une de nos observations;

c) Il faut mettre fin à la poussée ulcéreuse évolutive en réalisant un traitement à visée étiologique. La gastroduodénectomie, toujours difficile, laissant le fond de l'ulcère en place, représente certainement la solution la plus satisfaisante. Nous l'avons employée quatre fois avec trois succès et un mort. Cependant, en raison de l'étendue des tissus inflammatoires péri-ulcéreux, elle expose, surtout entre des mains peu expérimentées, à des accidents graves de fistule duodénale ou de lésions bilio-pancréatiques;

d) Aussi, dans certains cas particulièrement difficiles, faut-il avoir recours, soit à la gastrectomie pour exclusion, soit à la gastroentérostomie complétée par une vagotomie; mais cette solution ne met pas à l'abri d'une reprise de l'hémorragie ainsi qu'en fait foi une de nos observations.

Vu : *Le Doyen,*

L. BINET.

Vu : *Le Président de Thèse,*

J. HUGUIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

J. ROCHE.

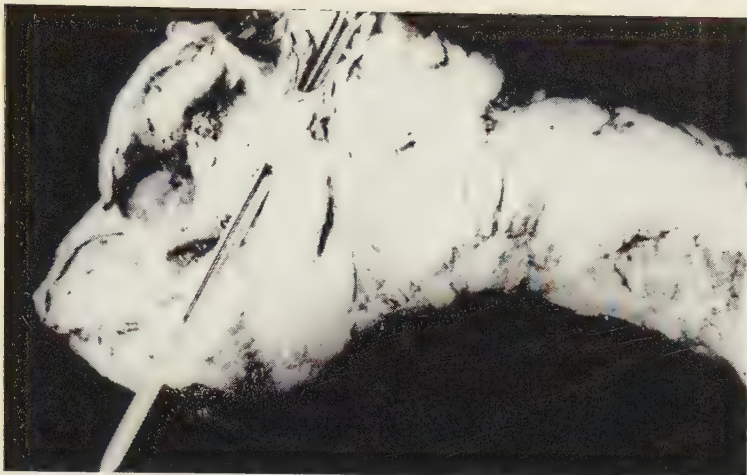


Fig. 1. — Un stylet passe facilement de l'artère gastro-duodénale au fond de l'ulcération

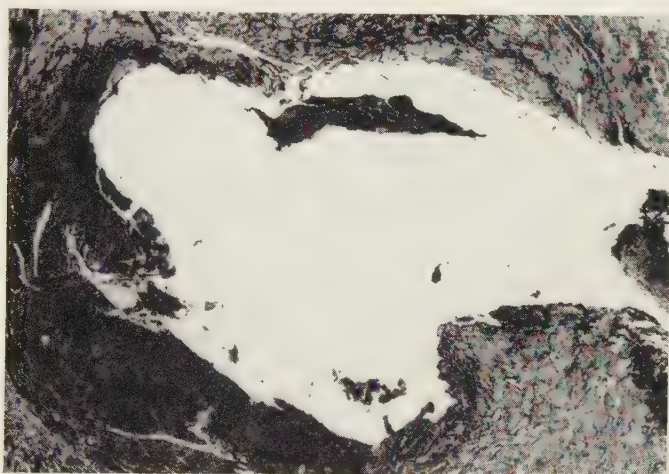


Fig. 2. — Paroi artérielle amputée par une nécrose importante
La lumière est occupée par un caillot récent

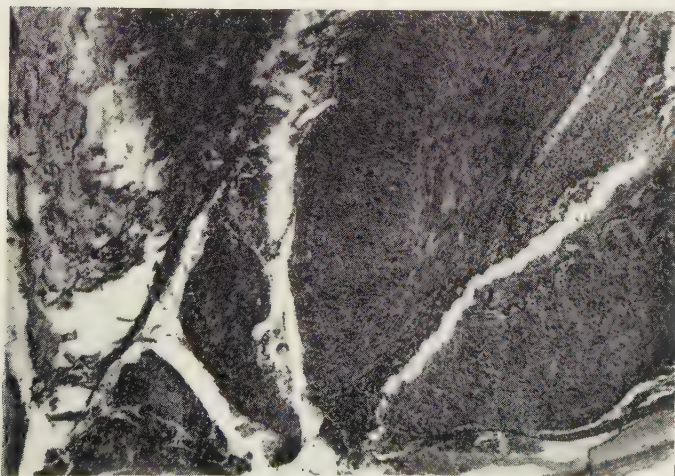


Fig. 3. — La nécrose de la paroi vasculaire a provoqué,
un trajet étroit mais continu. L'endartérite est minime

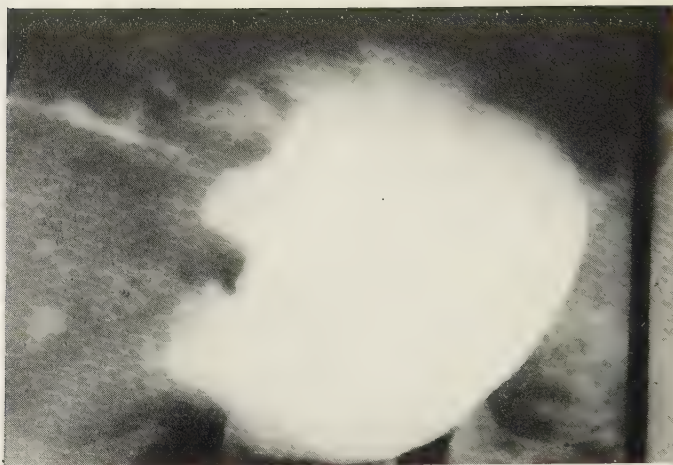


Fig. 4. — Image typique de niche suspendue du duodénum

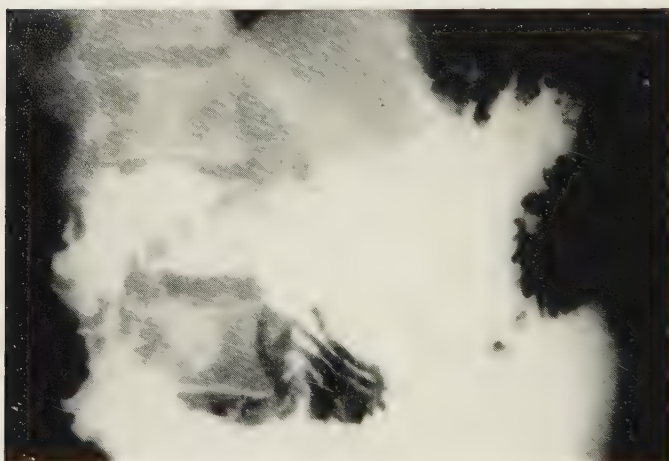


Fig. 5. — Énormes lésions s'étendant sur les 1^{re} et 2^e portions du duodénum qui est rigide, déchiqueté



Fig. 6. — Bulbe duodénal volumineux, rappelant une image en patte de homard

Bibliographie

1. AIMES (A.), BORIS-AZEAU et MINCAN. — Le traitement des grandes hémorragies digestives à propos de 32 cas (*Ann. Chirurgie*, juin 1958).
2. AMELINE (A.) et GIBERT (P.). — Hémorragies gastro-duodénales graves traitées chirurgicalement (*Presse médicale*, 13 janvier 1945, n° 2).
3. ANDRÉ, COMBRISSEON et WATEL. — La reconstitution de la masse sanguine dans les hémorragies graves (*Presse médicale*, n° 10, 5 fév. 1958, p. 195).
4. ARNOLF (G.) et BUFFARD (A.). — Sur la radiologie d'urgence des grandes hémorragies gastro-duodénales (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, 1957, p. 669-673).
5. ARVAY (N.). — L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies graves (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, n° 9, sept. 1957, p. 829-837).
6. ARVAY (M.) et PICARD (J.-D.) et BODIGUEL (A.). — L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies digestives graves (*J. radiol. élect.*, 1957, n° 88, p. 393-397).
7. BANCET-FOREST (Ch.). — La gastrectomie d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales ulcéreuses. Thèse, Lyon, 1958.
8. BARATGIN (B.). — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Toulouse, 1956.
9. CACHIN (M.). — Hémorragies digestives de l'étage supérieur de l'abdomen (*Arch. hépato-gastro-entérologiques*, 1953, p. 173).
10. CHALMERS (J. C.). — Hémorragies gastro-intestinales mortelles (*Clin. Path.*, t. XXII, juillet 1952, p. 634-645).
11. CHALNOT (P.), GROSIDIER (J.) et PICARD (J. M.). — Les indications opératoires dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës (*Rev. méd. Nancy*, 1959, n° 80, p. 341-348).
12. CHINN-WECKESSER. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Analyse de 322 observations (*Ann. Inter. Méd.*, t. XXXIV, février 1951, p. 339-351).
13. CHOVET (M.). — Traitement des grandes hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Lyon, 1953.
14. CLAVEL. — Intervention pour les grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie (*Lyon chirurgical*, 1945, t. XL, p. 625-628).
15. CUVELIER (J.). — A propos du traitement chirurgical des hémorragies digestives aiguës (*Arch. chir. belg.*, 1955, t. LIV, p. 526-530).
16. DARGENT. — A propos des hémorragies gastriques. Indications opératoires d'extrême urgence de la fistule artérielle diagnostiquée (*Lyon méd.*, décembre 1946, n° 51, p. 385-388).
17. DELANNOY (E.). — La radiographie dans le diagnostic de grandes hématoméses (*Revue du Praticien*, 1952, t. XXVI, p. 1869-1872).

18. DELANNOY (E.) et VAN DEN DORP (F.). — Diagnostic clinique et radiologique dans les hémorragies digestives (*Arch. mal. app. dig.*, suppl. n° 7-8, juillet-août 1959, p. 43-51).
19. DESJAKUES et COLLETET. — Intervention pour grande hémorragie gastrique en période d'hémorragie (*Lyon chirurgical*, 1945, t. XL, p. 628-632).
20. DESNEUX (J. J.). — L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives aiguës : 1) *Arch. Mal. app. dig.*, 1958, t. XLVII, p. 1153-1158; 2) *Arch. Mal. app. dig.*, suppl. n° 78, juillet-août 1959, p. 53 à 57.
21. DUBOST (C.). — Les grandes hémorragies digestives. Thèse, Paris, 1931.
22. EADS. — Les hémorragies des ulcères duodénaux (dans l'*Encyclopédie médico-chirurg.*).
23. FINSTERER. — Résultats du traitement opératoire des hémorragies aiguës profuses des ulcères de l'estomac et du duodénum (*Arch. Mal. app. dig.*, juillet-août 1949, t. XXXVIII, n° 7-8, p. 813).
24. FRILEUX. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse (*Arch. hép. gast. ent.*, 1953, p. 189).
25. FROELICH (A. L.) et MATHIEU (R.). — Le traitement des hémorragies aiguës du segment supérieur du tube digestif (*Arch. gast. ent. belg.*, 1956, t. XIX, 1, p. 655-659).
26. GERMAIN (A.). — Les indications et la posologie du sang et de ses dérivés en chirurgie (*Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1957, p. 250-256).
27. GIGNOUX. — Traitement des grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. Thèse, Lyon, 1945.
28. GIRARD et BLANC. — A propos de la gastrectomie d'urgence et d'urgence différée dans le traitement des hémorragies ulcéreuses (*Journ. méd.*, Lyon, 1959, t. XL, p. 325-340).
29. GIRARD et PLAUCHU. — Discussion après le rapport de Hillemand aux journées françaises de gastroentérologie d'octobre 1959 (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVIII, n° 12, décembre 1959, p. 1619).
30. GODART (S.). — Modification de la masse sanguine au cours des hémorragies digestives (*Arch. gast. ent. Belg.*, 1935, t. XVIII, p. 587-602).
31. GOFFIN. — Discussion après le rapport présenté par Picard aux journées françaises de gastroentérologie d'octobre 1959 (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVIII, n° 12, décembre 1959, p. 1624-1627).
32. GRENET (H.). — Intérêt des dosages de masse sanguine dans le traitement des hémorragies graves des ulcères gastro-duodénaux (*Bordeaux Chir.*, Suppl. n° 2, 1952, n° 65).
33. GRENET (R.). — Indications opératoires dans les ulcères hémorragiques (*J. méd. Bordeaux*, 1956, n° 133, p. 297).
34. GRENET et LEMOINE. — Intérêt de méthode de mesure de la masse sanguine. Étude de 10 cas d'ulcères gastro-duodénaux hémorragiques (*Mém. Acad. Chir.*, 1952, t. LXXVIII, p. 185-191).
35. HAGUENAUER (G.). — Étude critique à propos de 400 cas d'hémorragie digestive. Thèse, Lyon, 1958.
36. NEUILLY, LOCHARD et KALK. — Quelques considérations actuelles sur les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XL, n° 5, 1951, p. 588).
37. HILLEMAND (P.) et MONNEROT. — A propos de l'étiologie et du traitement des hémorragies digestives (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, n° 3, mars 1957, p. 144-156).

38. HILLEMAND (P.), VIGUIÉ (R.) et BREUZARD (P.). — Étude statistique et étiologique des hémorragies ulcéreuses (*Arch. Mal. app. dig.*, suppl. n° 7-8, juillet-août 1959, p. 9 à 17).
39. HIMTON et CHURCH. — Hémorragies des ulcères duodénaux (*Encycl. médico-chirurg.*).
40. KALK. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Nancy, 1950.
41. LAGACHE (E.) et SOOTS (G.). — Réflexions à propos du diagnostic et du traitement de 132 hémorragies gastro-duodénales aiguës (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, n° 11, novembre 1957, p. 1114-1125).
42. LAMARCHE et BOULANGE. — La masse sanguine et les liquides interstitiels dans les ulcères gastro-duodénaux (*Revue méd. Nancy*, 1956, t. LXXXI, p. 385-390).
43. LAMBLING (A.), BONFILS (S.) et BARATGIN (B.). — 1) Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux, étude de 254 observations (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, n° 3, mars 1957, p. 113-143).
2) Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux (*Revue du Praticien*, 1956, t. IV, n° 31, p. 3419).
44. LE CLUYSE et BIDON (G.). — Une expérience de plus de 150 cas d'hémorragies ulcéreuses hautes (*Arch. gast. ent. belg.*, 1956, t. XIX, p. 642-654).
45. LÉGER (L.) et DESIGNOLLE (G.). — Enseignement à tirer d'une série de 114 cas d'hémorragie digestive (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVI, n° 9, septembre 1957, p. 765-771).
46. LÉGER (L.) et DESIGNOLLE (G.). — Enseignement à tirer d'une série de 11 cas d'hémorragie digestive. Intérêt de la spléno-portographie (*Arch. Mal. app. dig.*, 1957, t. XLIX, p. 765-786).
47. MÉNEGAUX (J. C.). — La place de la spléno-portographie dans le diagnostic des hémorragies digestives (*Lyon chir.*, 1957, t. LXXIII, p. 391-412).
48. MERCADIER. — Traitement chirurgical des hémorragies ulcéreuses (*Arch. Mal. app. dig.*, 1957, t. XLVI, n° 11, p. 1088-1100).
49. MERCADIER et HAUTEFEUILLE. — Indication et résultats du traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses (*Arch. Mal. app. dig.*, suppl. n°s 7-8, juillet-août 1959, p. 59-72).
50. MIALARET. — Indication thérapeutique dans les hémorragies digestives d'origine ulcéreuse (*Arch. hép. gastr. ent.*, 1953, p. 205).
51. MONNEROT. — A propos de 200 cas d'hémorragie digestive. Thèse, Paris, 1956.
52. MOUTIER et CORNET. — Les hémorragies gastro-duodénales (*Enc. méd. chir.*).
53. NUBOER. — A propos du traitement chirurgical des hémorragies digestives aiguës (*Arch. chir. belg.*, 1955, t. LIV, p. 482-484).
54. PAPIN et WILHOTH. — Le traitement chirurgical des grandes hémorragies d'origine ulcéreuse (*Congrès français de chir.*, 1933).
55. PICARD (R.), KERNEIS (J.), BRUNEAU, ROBIN. — La fréquence sous-estimée des grandes hémorragies gastriques par rupture artérielle (*Arch. Mal. app. dig.*, 1958, t. XLVII, p. 1318-1335).
56. PICARD (F.), KERNEIS (J.), Mme GORDEEFF (A.). — Substrat anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses (*Arch. Mal. app. dig.*, suppl. n°s 7-8, juillet-août 1959, p. 19-42).
57. POUSSIÈRE (B.). — Les problèmes thérapeutiques posés par les hémorragies gastro-duodénales graves. Thèse, Nancy, 1960.
58. REBOUILLAT-OLIVIER (Mlle M.). — Ulcères gastro-duodénaux et hémorragies digestives déclenchées par l'aspirine. Thèse, Lyon, 1957.

59. SÉNÈQUE et ROUX. — Statistique portant sur 59 cas d'hémorragies digestives (*Arch. chir. belg.*, 1955, t. V, p. 463-475).
60. STAHL (J.) et BOCKEL (R.). — L'ammoniémie dans le diagnostic des hémorragies digestives (*Strasbourg méd.*, 1957, t. VII, p. 389-398).
61. THOMERET (G.). — Notion de choc chronique (*Bulletin méd.*, 1950, 64^e année, p. 9-13).
62. TIXIER (L.) et CLAVEL (Ch.). — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Masson, 1933.
63. TZANCK et ARNOUS. — Conduite à tenir en présence des hémorragies gastro-duodénales par ulcère (*Arch. Mal. app. dig.*, juillet 1933, n° 7, t. XXIX, p. 769-775).
64. VERNEJOL. — Les hémorragies digestives massives (*Semaine des Hôpitaux; Ann. chir.*, t. XXX, n° 3, 18 mars 1954, p. 107-110).
65. WEISS, STAHL, HOLLENDER, GRENIER et BOCKEL. — Diagnostic et traitement de l'hémorragie grave d'origine ulcéreuse. A propos de 76 cas (*Arch. Mal. app. dig.*, novembre 1957, n° 11, t. XLVI, p. 1101 à 1111).
66. WISSMER. — Discussion après le rapport de Hillemand aux journées françaises de gastro-entérologie d'octobre 1959 (*Arch. Mal. app. dig.*, t. XLVIII, n° 12, décembre 1959, p. 1618).

J. PEYRONNET et C^{ie}, Imprimeurs, 8, rue de Furstenberg, Paris-VI^e
